

Teil B: Zwischenbericht der Regierungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Projekt Regionale Spitalplanung beider Basel

1	Ausgangslage.....	43
2	Übersicht über das Gesamtprojekt	43
3	Teilprojekt 1: Medizinische Fakultät.....	44
4	Teilprojekt 2: Entflechtung Finanzströme.....	45
5	Teilprojekt 3: Verbund der universitären medizinischen Dienstleistungen	45
5.1	Ziele und Aufträge.....	45
5.2	Begriffsdefinitionen im Bereich der medizinischen Spezialisierung.....	46
5.3	Grundsätzliche Überlegungen zu Kosteneinsparungspotenzialen	47
5.4	Stand der Modellentwicklung.....	47
5.5	In Prüfung befindliche Grobmodelle	49
5.6	Bewertungskriterien	50
6	Weiteres Vorgehen.....	50
7	Anhänge	50

1 Ausgangslage

Parallel zum Projekt Neubau UKBB wird durch die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft auch das Projekt Regionale Spitalplanung beider Basel verfolgt. In diesem Abschnitt soll ein erster Zwischenbericht zu diesem Projekt erstattet werden. Informationen zu den verwendeten Begriffen sind im Glossar (Anhang III) erläutert.

2 Übersicht über das Gesamtprojekt

Die Regierungen BL und BS haben an einer gemeinsamen Sitzung vom 29. August 2001 gleichzeitig mit dem Standortentscheid UKBB die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft und das Sanitätsdepartement Basel-Stadt beauftragt, die gemeinsame Spitalplanung zu vertiefen und weiterzuentwickeln.

Insbesondere wurden folgende Prämissen und Eckwerte festgelegt:

Das Gesundheitswesen für die Bevölkerungen der beiden Kantone soll unter Wahrung der qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung insgesamt kostengünstiger und effizienter gestaltet werden.

- Die Kantonsspitäler Basel-Landschaft und Basel-Stadt werden weiter betrieben.
- In den Universitätsspitalern findet eine kostenneutrale Entflechtung der Finanzströme Lehre und Forschung einerseits und Dienstleistung andererseits statt.
- Die Regierungen Basel-Landschaft und Basel-Stadt bekennen sich zum Erhalt einer medizinischen Fakultät und zur Sicherstellung der entsprechenden Akkreditierung.
- Die universitäre Lehre und Forschung (Medizinische Fakultät) werden im Rahmen des Universitätsvertrages gemeinsam getragen und sollen finanziell von der Dienstleistung getrennt werden. Sie werden mittels Leistungsaufträgen definiert und abgegolten.
- Zwecks Sicherstellung der spitzenmedizinischen Dienstleistung / universitären Medizin werden von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft gemeinsame Strukturen geschaffen. Es ist insbesondere zu prüfen, wie die universitären Kliniken im Rahmen eines zu schaffenden Verbundes auf die Spitäler in den beiden Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt verteilt werden können. Dabei soll das Prinzip, jedes universitäre Fach nur an einem Ort anzusiedeln, gelten.

Innerhalb eines Vorprojektes wurde ein Vorgehensplan für das Hauptprojekt erarbeitet. Dabei wurden die Prämissen und Eckwerte der Regierungen präzisiert, sowie die Aufträge und Ziele vereinbart. Ausserdem wurden die Vorgehensweise und der Terminplan definiert und die Projektorganisation festgelegt. Dieser Vorgehensplan wurde von den stimmberechtigten Mitgliedern des Lenkungsausschusses (den Sanitätsdirektoren und den Finanzdirektoren beider Kantone) am 10. Dezember 2001 genehmigt. Die Eckwerte der Regierungen mit den Präzisierungen des Lenkungsausschusses, Details zur gewählten Projektorganisation, und der Vorgehensplan des Teilprojekts 3 finden sich in den Anhängen IV - VIII dieser Vorlage.

Um eine breite Abstützung des Projekts sicherzustellen, wurde vom Lenkungsausschuss ein Expertengremium mit beratender Stimme gewählt, in welchem hochkarätige Vertreter der wichtigsten Interessengruppen vertreten sind. Dieses Expertengremium gibt Feedback bezüglich Aus-

wirkungen der Ergebnisse auf das Gesundheitswesen und der Machbarkeit der erarbeiteten Vorschläge.

Die erteilten Aufträge werden in drei Teilprojekten bearbeitet, welche an das Projekt-Kernteam rapportieren. Das Projekt-Kernteam koordiniert die Arbeiten in den Teilprojekten, erstattet dem Lenkungsausschuss regelmässig Bericht und legt ihm die Projektzwischenergebnisse und Projektergebnisse zum Entscheid vor. Die Regierungen und die Parlamente der beiden Kantone werden bei Meilensteinen während des Projektes informiert und einbezogen, erstmals anlässlich der gemeinsamen Tagung des Grossen Rates des Kantons Basel-Stadt und des Landrates des Kantons Basel-Landschaft zum Thema Spitalplanung am 1. Juni 2002.

Die Vorlagen an die Parlamente für die politischen Entscheide in der Spitalplanung sind im Frühjahr 2003 vorgesehen.

Die Aufträge und teilweise der Stand der Arbeiten in den Teilprojekten werden im folgenden genauer beschrieben. In den Teilprojekten 1 und 2 wird bewusst auf eine Darstellung der Zwischenstände verzichtet, da die gestellten Aufträge zur Zeit noch intensiv diskutiert werden.

3 Teilprojekt 1: Medizinische Fakultät

In Teilprojekt 1 werden die organisatorische Stellung, die Aufgaben und Kompetenzen der Medizinischen Fakultät bzw. der Universität im Verhältnis zu den kantonalen Verwaltungen (Sanitätsdepartement Basel-Stadt, Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft und Kantonsregierungen) analysiert, dargestellt und bewertet.

Dabei wird als Grundlage der Bericht "Verantwortung und Kompetenzen der Medizinischen Fakultät der Universität Basel" einbezogen, welcher im Sommer 2001 von Mitgliedern der Universität und der Medizinischen Fakultät erstellt wurde.

Im Sinne der durch die Regierungen festgelegten Eckwerte werden die Lösungsmöglichkeiten so definiert, dass zumindest die unabdingbaren Voraussetzungen für eine Akkreditierung der Medizinischen Fakultät durch das Organ für Akkreditierung und Qualitätssicherung zuhanden der Schweizerischen Universitätskonferenz erfüllt werden. Dabei geht es zum Beispiel um Fragen der Unabhängigkeit der Medizinischen Fakultät und um deren Finanzierung.

Folgende Schwerpunktthemen werden zur Zeit bearbeitet:

1. Koordination / strategische Steuerung und Kommunikation zwischen Universität / Medizinischer Fakultät und Spitälern. Zur Ermöglichung einer gemeinsamen strategischen Ausrichtung von betroffenen Spitälern und der Universität / Medizinischer Fakultät müssen geeignete Strukturen und Abläufe definiert werden, welche dem politischen Steuerungsbedarf und der notwendigen Autonomie der Universität / Fakultät und der Spitäler Rechnung tragen.
2. Anstellungsmodalitäten der Ärzte mit Lehrauftrag, welche gleichzeitig für die Medizinische Fakultät und für Spitäler in der Dienstleistung tätig sind. Dabei geht es insbesondere um die Frage, ob die betreffenden Personen vollständig durch die Spitäler (wie bisher) oder durch die Fakultät angestellt werden oder ob sie in einem aufgeteilten Anstellungsverhältnis für Spitäler und Fakultät tätig sein sollen.
3. Organisation des Berufungsverfahrens. Es sind geeignete Strukturen und Abläufe zu definieren, dass bei Berufungsverfahren die legitimen Bedürfnisse der betroffenen Spitäler auch bei einer grösseren Unabhängigkeit der Medizinischen Fakultät berücksichtigt werden.

4. Organisatorische Stellung des Departements für Klinisch-Biologische Wissenschaften (DKBW)
5. Zuständigkeiten in den Bereichen Lehre (Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung) und Forschung.
6. Zuteilung der Finanzmittel.

4 Teilprojekt 2: Entflechtung Finanzströme

In Teilprojekt 2 werden die Kosten für Lehre und Forschung einerseits und für die medizinische Dienstleistung andererseits transparent aufgeschlüsselt. Dabei wird als Grundlage die "Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen in den Spitälern" des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahr 2001 verwendet.

Auf der Einnahmenseite sind die Finanzströme der von Bund, Kantonen und Dritten geleisteten Subventionen und Leistungsabgeltungen für die Medizinische Fakultät transparent darzulegen.

In einer ersten Phase werden die vorhandenen Daten gesammelt, validiert und gegebenenfalls ergänzt. Beispielsweise werden im Rahmen einer Folgestudie zur Untersuchung über die "Kosten der Ärzteausbildung in der Schweiz" insbesondere Fragen zu den Kosten des Bedside-Teachings¹ und zu den der Lehre und Forschung zurechenbaren Infrastrukturkosten erörtert.

Im Anschluss an die Analyse werden im Rahmen der Stellung und Kompetenzen der Medizinischen Fakultät (aus Teilprojekt 1) Aufschlüsselungs- und Trennungsvarianten für die Finanzströme definiert, bewertet und eine Empfehlung für eine Variante abgegeben.

5 Teilprojekt 3: Verbund der universitären medizinischen Dienstleistungen

5.1 Ziele und Aufträge

Im Teilprojekt 3 sind im Rahmen einer engeren Koordination der Spitalangebote beider Kantone und ggf. eines potentiellen Spitalverbundes der Universitätskliniken mögliche Modelle der Fachgebiets-Aufteilung auf die Standorte sowie deren finanzielle Konsequenzen aufzuzeigen und zu bewerten. Die wesentlichen organisatorischen Aspekte (Ablauf und Aufbauorganisation) sind zu regeln. Eine Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ ist dabei ebenfalls zu prüfen.

Die Fachgebiets-Aufteilung soll so vorgenommen werden, dass aus medizinischer Sicht die bestmögliche Dienstleistung angeboten werden kann. Aus diesem Grund wurde eine dem Teilprojekt 3 zugeordnete „Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit“ gebildet, welcher je eine delegierte Chefarztin oder ein delegierter Chefarzt von vier kantonalen Spitälern (Kantonsspital Bruderholz, Kantonsspital Liestal, Kantonsspital Basel und Felix-Platter-Spital Basel), der Delegierte der beiden Kantone in der „Arbeitsgruppe Spitzenmedizin“ der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK sowie Vertreterinnen und Vertreter der Projektorganisation angehören. Aufgabe der Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit war es, Vorschläge für mögliche Modelle einer aus Sicht der Medizin und der Patientinnen und Patienten sachlich sinnvollen Fachgebietsaufteilung der uni-

¹ Medizinische Aus- und Weiterbildung direkt am Krankenbett, gleichzeitig mit der Dienstleistung.

versitären Medizin auf verschiedene Standorte zu machen. Sie hatte dabei auch die Frage der Trennbarkeit von Grundversorgung und spezialisierter Versorgung zu prüfen.

In der ersten Phase wurden Grobvarianten (sogenannte Grobmodelle²) entwickelt und deren Pro und Contra ohne Kostenabschätzung bewertet sowie die ein Kriterienraster für die spätere umfassende Bewertung der verschiedenen Varianten im Rahmen einer Nutzwertanalyse erarbeitet.

Im folgenden werden die wesentlichsten bisherigen Ergebnisse im Teilprojekt 3 in Kurzfassung dargestellt. Der vollständige Bericht der Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit des Teilprojekts 3 mit der Beschreibung der Grobmodelle wird der Vorlage beigelegt.

5.2 Begriffsdefinitionen im Bereich der medizinischen Spezialisierung

Nach Analyse der Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit eignen sich die Definitionen der Versorgungskategorien der Spitalliste BS-BL (Grundversorgung, Spezialisierte Versorgung, hochspezialisierte Versorgung / universitäre Medizin) nicht zur genauen Abgrenzung des Auftrages und zur Analyse der Dezentralisierbarkeit von Disziplinen. Diese zwar gängig verwendeten Begriffe erweisen sich als zuwenig deutlich und zu fließend.

Die Arbeitsgruppe macht die folgenden Feststellungen, welche für den Sprachgebrauch im Bereich der medizinischen Spezialisierung / Versorgungskategorien in diesem Projekt von Bedeutung sind:

- **Definitionen „Spitzenmedizin“ / „hochspezialisierte Medizin“ im Wandel:** Die „Arbeitsgruppe Spitzenmedizin“ hat in ihrem zweiten Zwischenbericht an die Sanitätsdirektorenkonferenz für die hochspezialisierte, schweizweit zu koordinierende Medizin einen Definitionsvorschlag gemacht, welcher auf ständiger Prüfung und Nachführung durch ein Gremium beruht, um der fließenden Abgrenzung zwischen den Versorgungstiefen Rechnung zu tragen³. Dieselbe Problematik stellt sich gleichermassen für die regional zu koordinierende hochspezialisierte Medizin.
- **„Universitäre Medizinische Dienstleistung“ gibt es nicht:** Eine „universitäre medizinische Dienstleistung“ in Bezug auf das medizinische Behandlungsangebot gibt es nicht. Der Unterschied zwischen universitärer und nicht-universitärer Medizin beruht auf dem Auftrag für Lehre und Forschung. Namentlich ist folgendes festzuhalten:
 1. Es besteht kein medizinischer Unterschied zwischen universitärer medizinischer Versorgung und nicht-universitärer hochspezialisierter oder spezialisierter Versorgung
 2. Die Leistung einer universitären Klinik in Bezug auf die medizinische Qualität beim Einzelfall ist kaum „besser“ als die entsprechende Leistung einer nicht-universitären öffentlichen oder privaten Klinik.

² Unter „Grobmodellen“ werden konzeptionelle Modelle ohne detaillierte Ausgestaltung und damit ohne bauliche und finanzielle Konsequenzen verstanden.

³ ‚Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin, Zweiter Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Spitzenmedizin“ zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK)‘, Entwurf Version 2.0 vom 11.12.01 (letzte gültige Version).

Die „AG Spitzenmedizin“ stellt sinngemäss fest, dass medizinische Leistungen und Verfahren, welche zum Zeitpunkt ihrer Einführung als absolute „Spitzenmedizin“ betrachtet werden, im Laufe der Zeit und der Entwicklung zu einem weit verbreiteten Bestandteil der spezialisierten Medizin und teilweise sogar Grundversorgung werden können und häufig auch werden. Weil somit die Kriterien zur Abgrenzung sehr komplex und fließend sind, schlägt sie vor, dass eine Interkantonale Kommission „Konzentration der hochspezialisierten Medizin“ (CICOMS) entsprechende Listen von hochspezialisierter Medizin mit schweizweitem Konzentrationsbedarf als Grundlage für die gesamtschweizerische Planung erstellen und später bei Bedarf revidieren soll. Diese Ergebnisse illustrieren die grosse Komplexität des Themas.

3. Die universitäre Medizin braucht wegen der Lehre das gesamte Spektrum der Krankheitsbilder, inklusive im Rahmen eines Leistungsangebots der Grundversorgung behandelbare Fälle.
- „Zentrumsmedizinische Versorgung“ als Grundlage für die Dezentralisierungsfrage: Die Arbeitsgruppe benutzt, zusätzlich zum Spezialisierungsgrad, ein Mass für die Schlagkraft einer medizinischen Spezialdisziplin. Wesentliche Faktoren sind dabei die Verfügbarkeit von Fachpersonal während 24 Stunden und die erreichten Fallzahlen⁴. In Betrachtung kommen nur Disziplinen, deren heutiges Angebot an mindestens einem Standort das Kriterium einer zentrumsmedizinischen Versorgung bereits erfüllt.

5.3 Grundsätzliche Überlegungen zu Kosteneinsparungspotenzialen

Die Arbeitsgruppe sieht im Rahmen dieses Projektes folgende grundsätzlichen Möglichkeiten zur Erzielung von Kosteneinsparungen:

- Im Krankenhausbereich sind betreuungs- (und damit personal-)intensive, im 24h-Dienst funktionierende, mit Vorhaltungspflicht und je nach Fachdisziplin oft auch mit hohem apparativem Aufwand verbundene Einheiten besonders kostenintensiv.
- Eine Kosteneinsparung gegenüber heute lässt sich im Gesamtsystem der Spitalversorgung der beiden Kantone vor allem dann erreichen, wenn wenigstens teilweise auf solche kostenintensive Einheiten verzichtet wird. Erfahrungsgemäss sind grössere Einsparungen innerhalb einzelner Disziplinen oder im betrieblichen Bereich wesentlich schwieriger zu erzielen.
- Eine weitere Möglichkeit zur Kosteneinsparung besteht in der Reduktion der Komplexität. Erfahrungsgemäss sind Krankenhäuser mit hoher Komplexität (breite Multidisziplinarität verbunden mit entsprechender Grösse des Hauses) kostenintensiver als Krankenhäuser mit wenigen, aufeinander enger abgestimmten Disziplinen.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt vor diesem Hintergrund, Kosteneinsparungen des Gesamtsystems gezielt bei "grossen Brocken" zu suchen und schenkt der Entwicklung entsprechender Modelle grosse Aufmerksamkeit.

Neben den erwähnten Effizienzfaktoren im Spitalbereich sind im Gesundheitswesen Faktoren wie demographische Entwicklung, medizinischer Fortschritt, steigende Nachfrage, Medikamentenpreise und Anreizmechanismen wichtige Treiber für Kostensteigerungen. Diese Kostentreiber können mit dem Projekt und generell durch die kantonale Gesundheitspolitik wenig beeinflusst werden. Die in den späteren Projektphasen zum Vergleich der Modelle eingesetzte Kostenrechnung wird dieser Situation Rechnung tragen. Bleibt die Kostendynamik im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren weiterhin ungebrochen, muss leider erwartet werden, dass die aufgrund des Projektes erzielten Einsparungen durch die allgemeine Kostensteigerung im Spitalbereich teilweise oder ganz aufgehoben werden.

5.4 Stand der Modellentwicklung

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Grundsatzüberlegungen ist die Arbeitsgruppe die Frage der Dezentralisierbarkeit der medizinischen Fachdisziplinen möglichst umfassend und systematisch unter Anwendung verschiedener Methoden angegangen. Zusätzlich zur systemati-

⁴ Die minimale Bezugsgrösse der Fallzahlen ist noch festzulegen (z.B. internationale oder schweizerische Fachgesellschaften)

schen Modellentwicklung wurden, soweit greifbar, die aufgrund früherer Überlegungen in der Region bekannten Ideen und Modelle, sowie in den letzten Jahren in anderen Kantonen geprüfte Modelle und international existierende Dezentralisierungslösungen einbezogen.

Innerhalb des Zeithorizonts für die Umsetzung der regionalen Spitalplanung ist damit zu rechnen, dass der Akutbettenbedarf weiter sinken wird, weil infolge der medizinischen Entwicklung und aus Kostengründen eine weitere Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauern und eine zusätzliche Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich zu erwarten sind. Diesen Faktoren versucht die Modellentwicklung Rechnung zu tragen.

Der Standort Bruderholz spielt bei der Modellentwicklung aus verschiedenen Gründen eine besondere Rolle. Die bekanntermassen im laufenden Jahrzehnt unabhängig von der Spitalplanung anstehenden erheblichen Investitionskosten für die Sanierung oder einen Neubau des Kantonsspitals Bruderholz eröffnen die Chance, die Bausubstanz dannzumal optimal auf die für die Zukunft getroffenen Entscheide anzupassen. Infolge der örtlichen Nähe zum Kantonsspital Basel ergeben sich zudem bei der Verteilung von medizinischen Fachdisziplinen Lösungsmöglichkeiten, welche etwa für das Kantonsspital Liestal aus geografischen Gründen weniger in Frage kommen.

Drei strategische Stossrichtungen

Basierend auf diesen Vorarbeiten kann die Modellentwicklung grundsätzlich in drei verschiedenen strategischen Stossrichtungen erfolgen.

A. Strategische Dezentralisierungsmodelle

Diese Stossrichtung versucht die strategischen Chancen der gemeinsamen regionalen Planung und der anstehenden Sanierungsarbeiten im Bruderholz auszunutzen, indem an den verschiedenen Standorten ein differenziertes, schlagkräftiges Angebot mit Ausstrahlungskraft aufgebaut wird. An einem Standort würden ein oder allenfalls mehrere regionale Kompetenzzentren mit eng aufeinander abgestimmtem Angebot medizinischer Dienstleistungen einiger verwandter Fachgebiete aufgebaut. Die Leistungen der entsprechenden Fachdisziplinen würden an den anderen Standorten nicht mehr angeboten. Solche Modelle setzen am ehesten grosse Kosteneinsparungspotenziale frei, indem die Gesamtzahl der von beiden Kantonen betriebenen kostenintensiven Einheiten verkleinert und die Komplexität der einzelnen Standorte reduziert werden kann (vgl. Abschnitt 1.4.3, Grundsätzliche Überlegungen zu Kosteneinsparungspotenzialen). Sie sind in der Realisation mit den grössten Umstellungen der Spitallandschaft verbunden und verlangen für die nachhaltige Umsetzung einen straffer geführten Spitalverbund.

B. Dezentralisierung kleinerer Kliniken im Sinne von „Insellösungen“

Die Stossrichtung der Dezentralisierung kleinerer Kliniken versucht einige oder alle von der medizinischen Dezentralisierbarkeit her geeigneten Disziplinen an je einem Standort zu konzentrieren und auf die vier Standorte zu verteilen. Neben einem sogenannten Grobmodell „Insel-Cluster“ sind hierzu noch weniger weit gehende Untervarianten in Prüfung. Voraussichtlich sind in diesen Modellen die grossen medizinischen Fächer wie Innere Medizin und Allgemeine bzw. Viszerale Chirurgie eher nicht betroffen, und an den bisherigen Kantonsspitalern würden Notfallstationen und Intensivstationen weitergeführt. Diese Modelle sind somit ohne allzu starke Umgestaltung der gesamten Spitallandschaft realisierbar, eignen sich im Sinne einer „Realkompensation“ und können in einem lockereren Verbund nachhaltig umgesetzt werden. Sie bringen allerdings gewis-

se Dezentralisierungsnachteile aus medizinischer Sicht und ihr realisierbares Kosteneinsparungspotenzial erscheint tief.

C. Zentralisierungsmodelle

Diese Stossrichtung prüft die gegenüber heute noch weitergehende Konzentration möglichst aller – auch der heute auf die vier Standorte verteilten - zentrumsmedizinischen Dienstleistungen am Kantonsspital Basel. Somit würde das breite Angebot an Grundversorgung und gewissen spezialisierten Dienstleistungen - ohne Zentrumsschlagkraft - der anderen Standorte erhalten bleiben. Diese Stossrichtung baut auf dem Status quo auf und beinhaltet punktuelle Veränderungen bei einzelnen Disziplinen.

Die IST-Situation, welche einer teilweisen Zentralisierung entspricht, wird als Referenzmodell in die Berechnungen einbezogen. Als Untervariante zur IST-Situation wird auch eine gegenüber heute weiter gehende sogenannte Leistungszentralisierung geprüft, welche durch eine verbindlichere Festlegung der von BL-Patienten im Kantonsspital Basel zu beziehenden Leistungen gewisse bestehende Doppelspurigkeiten im Angebot reduzieren könnte.

5.5 In Prüfung befindliche Grobmodelle

In den drei strategischen Stossrichtungen hat die Arbeitsgruppe eine grössere Zahl von Grobmodellen erarbeitet, von denen fünf (und das Referenzmodell IST) in die Diskussion und zur weiteren Prüfung und Entwicklung in die späteren Projektphasen einfließen werden.

Die drei Grobmodelle der Stossrichtung strategische Dezentralisierung sind die folgenden:

- 1) Herz-Thorax-Zentrum mit Zusammenfassung der Kardiologien, Herz-, Thorax- und Gefässchirurgien, Angiologien und Pneumologien an einem Standort.
- 2) Bildung einer „Elektiv-Klinik“ / „Kurzaufenthaltsklinik“ an einem Standort. Optimal auf die Abläufe für die grosse Zahl von planbaren (elektiven), ambulanten und stationären Patienten verschiedener operativer und nicht-operativer Fachdisziplinen ausgerichtete Spitalinfrastruktur ohne Notfallstation und mit stark reduzierbarem Schichtdienst in der Nacht und an den Wochenenden. Für diese Lösung steht auf Grund der baulichen Möglichkeiten im Rahmen der Sanierung der Standort Bruderholz im Vordergrund. Eine Kombination dieses Grobmodells mit 1) oder 3) ist denkbar.
- 3) Bewegungsapparat - Zentrum („Muskulo-skelettales Zentrum“) mit Zusammenfassung aller orthopädischen Kliniken und verwandten Disziplinen wie rheumatologischer Rehabilitation, voraussichtlich am Standort Bruderholz. Nur die notwendige Kompetenz in orthopädischer Traumatologie würde an den anderen Kantonsspitalern verbleiben. Die multidisziplinäre Notfallstation und die übrigen akutmedizinischen Disziplinen würden abgezogen.

Die Grobmodelle der anderen strategischen Stossrichtung sind:

- 4) Zusätzliche Zentralisierung von Kliniken. Im Vordergrund steht dabei neben anderen Varianten die Zusammenfassung der Orthopädien und der Frauenkliniken von Kantonsspital Basel und Kantonsspital Bruderholz am Standort Basel.
- 5) „Insel-Cluster“ mit Dezentralisierung mehrerer kleinerer universitärer Fachdisziplinen auf die beiden Standorte Basel-Landschaft, mit zahlreichen denkbaren Varianten.

5.6 Bewertungskriterien

Die in späteren Phasen des Projektes durchzuführende Nutzwertanalyse setzt voraus, dass die dann anzuwendenden Kriterien zum voraus festgelegt werden. Hierbei geht es um die möglichst vollständige Erfassung der Auswirkungen der verschiedenen Lösungsvarianten und deren sachliche Bewertung. Die Kriterien sollen folgende Bereiche umfassen:

- Kosten: Vollkostenrechnung von Investitions- und Betriebskosten für die Dienstleistung an den vier kantonalen Spitälern im Vergleich zur IST-Situation.
- Medizinische, betriebliche und organisatorische Auswirkungen auf die Dienstleistung (Anbietersicht)
- Bauliche Aspekte / Infrastruktur, zeitliche Machbarkeit, Nachhaltigkeit
- Attraktivität des Leistungsangebotes (Patienten- und Marktsicht)
- Auswirkungen auf die nachhaltige Erhaltung der medizinischen Fakultät Basel

6 Weiteres Vorgehen

Die Arbeiten aller Teilprojekte werden gemäss der Gesamtplanung rasch vorangetrieben. In Bezug auf die Spitalplanung werden nach einer ersten politischen Diskussion als nächster Schritt die Grobmodelle zu definitiven Modellen gestaltet. Die finanziellen, infrastrukturellen und betrieblichen Auswirkungen der so definierten Standort-Modelle werden anschliessend systematisch ermittelt, evaluiert und einer Nutzwertanalyse gemäss den vorstehend erwähnten Kriteriengruppen unterzogen. Deren Ergebnis wird eine wesentliche Grundlage für den weiteren politischen Entscheidungsprozess sein.

7 Anhänge

- III Glossar
- IV Eckwerte der Regierungen und Präzisierungen des Lenkungsausschusses
- V Projektorganisation: Übersicht
- VI Projektorganisation: Teilprojekte
- VII Vorgehensplan Teilprojekt 3: Spitalverbund Unikliniken
- VIII Bericht der Arbeitsgruppe Dezentralisierbarkeit an die Projektorganisation